

Azza Salem*, Heithem Oueslati*, Fethi Guesmi, Chedly Dziri**, Nejla Mnif***

** Service de Radiologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis*

*** Service de Chirurgie B, Hôpital Charles Nicolle, Tunis*

Université Tunis El Manar

OBSERVATION

Une patiente âgée de 54 ans, ayant eu une cholécystectomie sous coelioscopie pour une lithiase vésiculaire, consulte aux urgences au 4ème jour post-opératoire pour des douleurs abdominales diffuses associées à des vomissements alimentaires postprandiaux précoces et un arrêt des matières et des gaz évoluant depuis deux jours. A l'examen, la patiente a un abdomen distendu tympanique avec quatre cicatrices abdominales solides et propres : ombilicale, para-ombilicale droite, para-ombilicale gauche et sous costale droite. L'abdomen est particulièrement sensible en para ombilical

gauche en regard de la cicatrice où on perçoit une masse, de 4 cm de grand axe, fixe par rapport aux plans profonds et superficiels. Le toucher rectal objective une ampoule rectale vide avec une douleur à la palpation du cul de sac de douglas. Le bilan biologique met en évidence une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles avec une C Reactive Protéine élevée.

Une radiographie de l'abdomen sans préparation debout et couché (figure 1) et une tomodensitométrie abdominale sans et après injection de produit de contraste sont réalisées (figure 2).

Figure 1 : a: Abdomen sans préparation en position debout
b: Abdomen sans préparation en position couchée

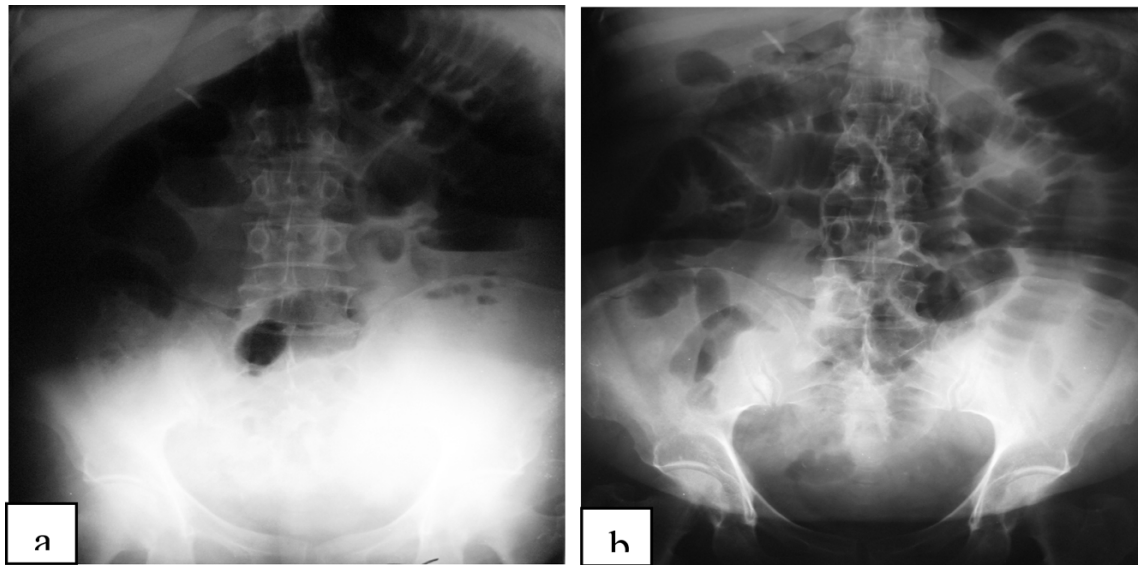
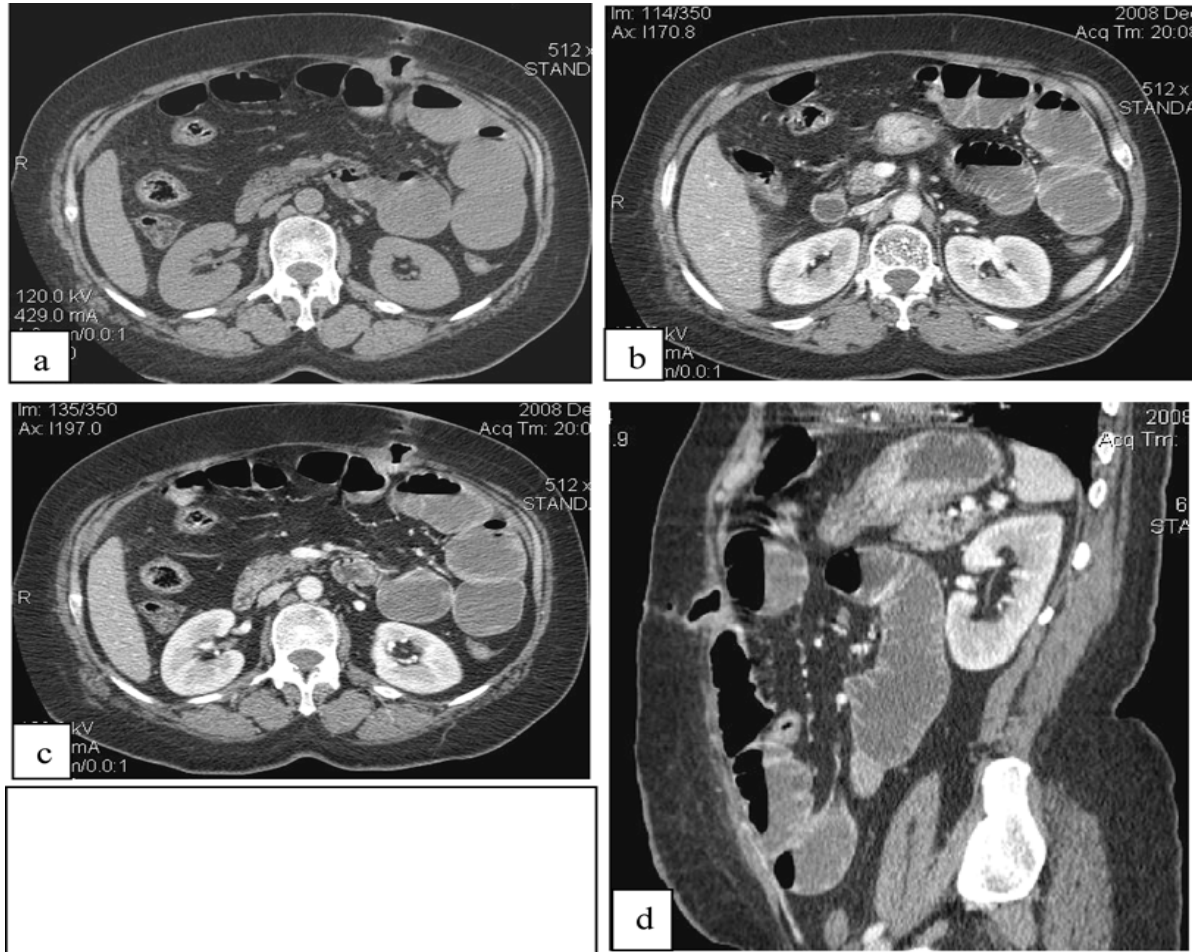


Figure 2 : TDM abdominale

- a.: Coupe axiale sans injection
b, c: Coupes axiales après injection de produit de contraste
d: Reconstruction sagittale après injection



Question n°1 :

Une (ou plusieurs) de ces propositions est (ou sont) juste(s)

L'abdomen sans préparation met en évidence :

- a- Des niveaux hydroaériques de type colique
- b- Des niveaux hydroaériques de type grêle
- c- Une image en arceau
- d- Une distension de l'ensemble du grêle
- e- Un pneumopéritoine

Question n°2 :

Une (ou plusieurs) de ces propositions est (ou sont) juste(s)

La tomодensitométrie met en évidence :

- a- Une distension colique
- b- Une distension des anses iléales
- c- Une distension des anses jéjunales
- d- Un pneumopéritoine
- e- Une collection du flanc gauche

Question n°3 :

Une (ou plusieurs) de ces propositions est (ou sont) juste(s)

Quelle est la cause de l'occlusion ?

- a- Une hernie interne
- b- Une tumeur stromale du grêle
- c- Une incarceration jéjunale dans la paroi abdominale antérieure
- d- Une hernie ombilicale étranglée

Réponses:

- 1) b, c
- 2) c
- 3) c

COMMENTAIRES

La radiographie de l'abdomen sans préparation en position debout objective des niveaux hydroaériques plus larges que hauts localisés au niveau de l'hypochondre et du flanc gauches (figure 1a, flèches) témoignant d'une occlusion du grêle. La radiographie de l'abdomen sans préparation en position

couchée confirme la distension du grêle et en particulier des anses jéjunales (étoiles) contrastant avec un iléon terminal non distendu (têtes de flèche). La tomodensitométrie abdominale, réalisée sans et après injection de produit de contraste, avec une reconstruction sagittale, met en évidence une importante distension des anses jéjunales (fig 2a, b et c, étoiles) dont le diamètre dépasse largement 30 mm, et qui sont de contenu liquidien ou mixte hydroaérique. Le niveau transitionnel est situé au niveau du flanc gauche en para-ombilical, où on met en évidence une anse incarcerated dans le trajet du trocard ombilical de coelioscopie (fig 2a, c et d, éclairs). Les anses iléales en aval sont plates (fig 2a et c, flèches). Le pédicule mésentérique est bien opacifié (fig 2b, flèches pleines).

Figure 1 : a: Abdomen sans préparation en position debout
b: Abdomen sans préparation en position couchée

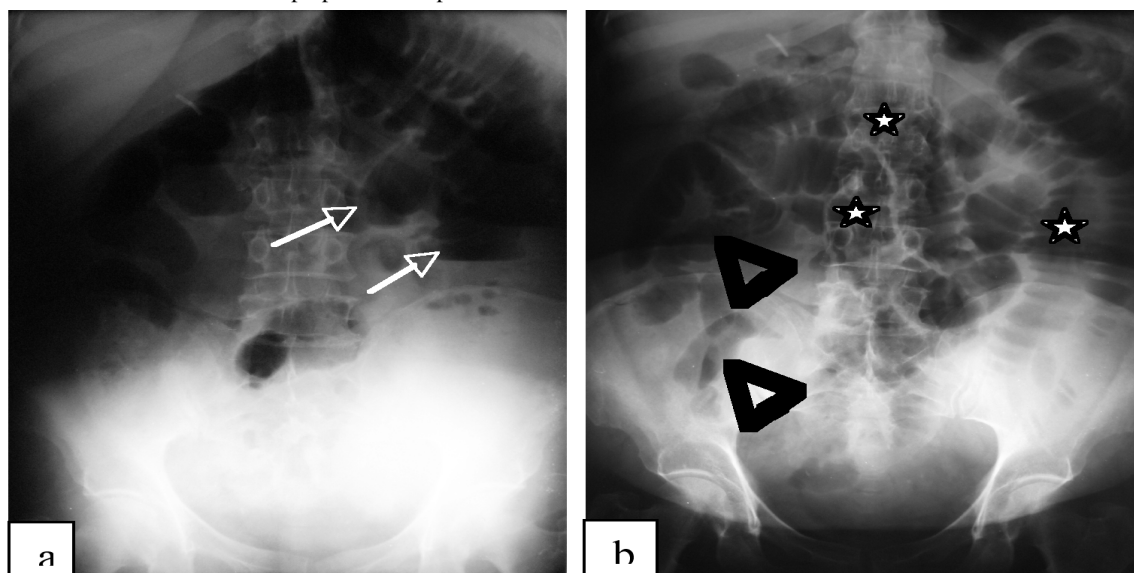
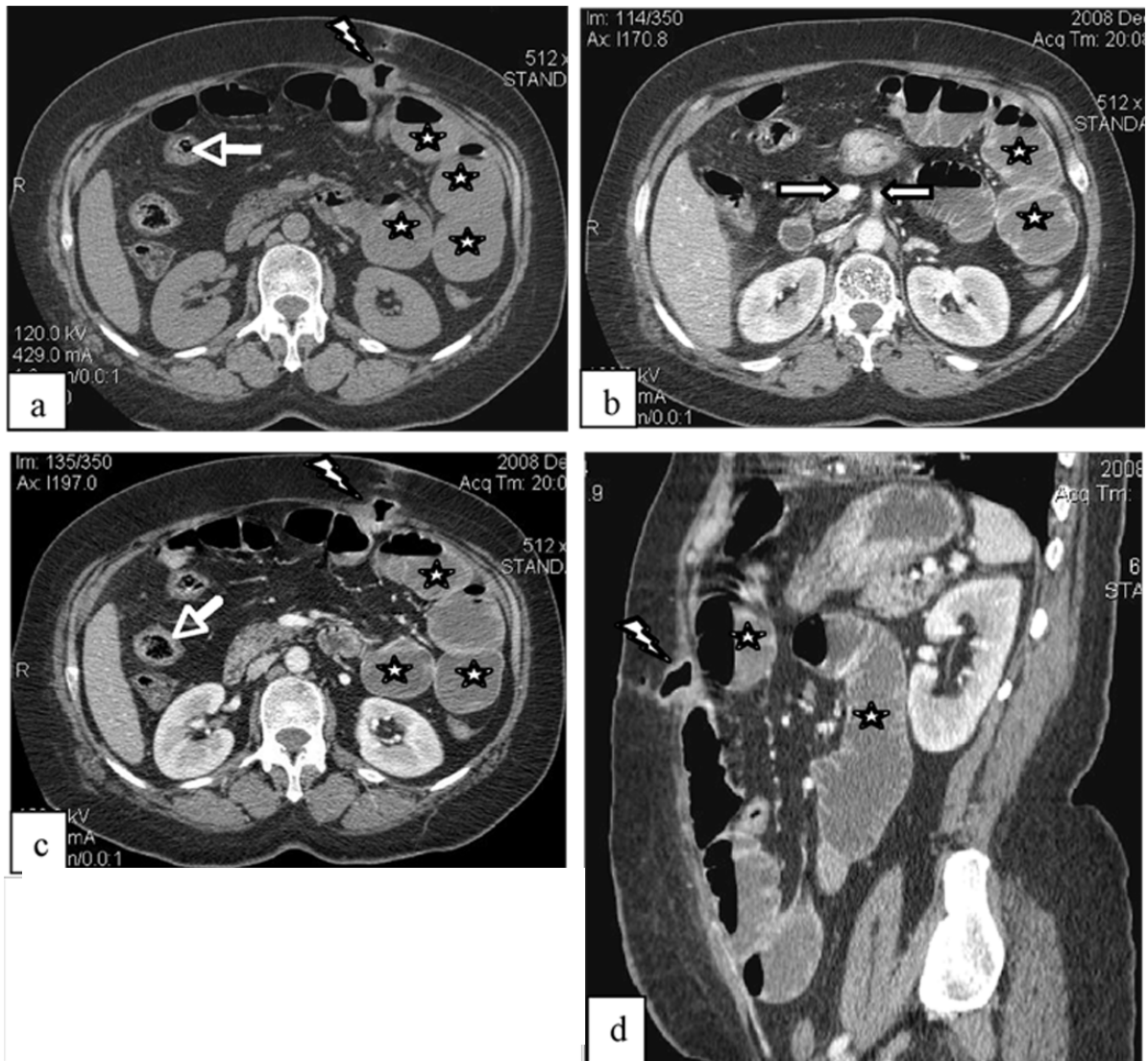


Figure 2 : TDM abdominale

- a., Coupe axiale sans injection
- b, c: Coupes axiales après injection de produit de contraste
- d: Reconstruction sagittale après injection



DIAGNOSTIC

La patiente est opérée, vu l'absence d'amélioration sous aspiration gastrique. En per-opératoire, on retrouve effectivement une anse grêle incarcérée par l'orifice du trocard de coelioscopie paramédian gauche. On libère l'anse incarcérée qui est de bonne vitalité et on réalise une cure par raphie de l'orifice. Les suites opératoires sont simples avec rétablissement du transit.

DISCUSSION

L'abord coelioscopique est de plus en plus pratiqué de nos jours en remplacement de l'abord chirurgical classique par laparotomie, notamment dans la pathologie vésiculaire. Cette technique, certes moins invasive, est néanmoins à l'origine de certaines complications causées dans la plupart des cas par les trocards de coelioscopie [1].

La prévalence des complications survenues au cours des coeliochirurgies majeures a été évaluée à 4,5 % pour les équipes pionnières, et de 11 à 14 % lors d'études prospectives quelque soit l'opérateur [1].

Selon le registre national français des complications de la chirurgie coelioscopique en gynécologie, les complications dues aux trocards représentent 32,5 % des complications de la coelioscopie [2]. Dans la littérature, elles représentent de 10 à 20% des complications selon les séries [1-2].

Ces complications comportent des plaies vasculaires, des plaies digestives, des plaies vésicales en pratique gynécologique et les incarcérations par les orifices des trocards. Ces hernies incisionnelles sur le trajet du trocard de coelioscopie sont rares et de découverte le plus souvent fortuite. Elles ne représentent que 10 % de ces complications et sont favorisées par la taille du trocard, les incarcérations étant plus fréquentes après introduction d'un Trocard de 12 mm qu'après celles d'un trocard de 10mm [1].

Les complications par trocard représentent 100 % des complications par incarcération dans la chirurgie coelioscopique, Kadar en rapporte 6 cas et Boike 19 cas. La hernie est possible après insertion du trocard en trans-ombilical ou latéralement [3-4].

Un certain nombre de facteurs de risque ont été retrouvés tel que l'absence de fermeture pariétale, l'élargissement des orifices par les vis permettant au trocard d'être fixé dans la paroi, ou la sortie de pièces opératoires par l'orifice de trocard. L'exsufflation aveugle est aussi responsable, pour certains, de l'incarcération. Afin d'éviter cette complication, le chirurgien se doit d'utiliser le plus souvent des trocards de 5 mm, de retirer les trocards et d'exsuffler la patiente sous contrôle de la vue et de suturer l'aponévrose de tous les orifices des trocards supérieurs ou égaux à 10 mm. Plusieurs techniques sont possibles, rapportées par Boike [3-4].

Diagnostiquée habituellement lors des 10 premiers jours postopératoires, l'incarcération peut être digestive (grêle, colon) ou épiploïque. Si l'organe hernié est une anse digestive, cette

incarcération est à l'origine d'une occlusion intestinale aigue comme c'est le cas dans notre observation. Toute reprise difficile du transit après chirurgie coelioscopique ou l'apparition de vomissements, rapportés par notre patiente, doit faire évoquer le diagnostic [1].

Le diagnostic radiologique est généralement facile : il s'agit d'une occlusion mécanique du grêle (ou du côlon) avec une distension localisée ou diffuse d'un segment digestif et des anses dilatées de plus de 25 mm, de contenu liquidien avec parfois des niveaux hydroaériques. La recherche de la zone transitionnelle objective une anse grêlique (ou colique) incarcérée dans le trajet du trocard de coelioscopie avec des anses plates au-delà [2-3]. Tous ces signes sont retrouvés sur l'abdomen sans préparation et sur la tomomodensitométrie de notre patiente.

Le traitement dépend de la symptomatologie et du type d'incarcération : il peut s'agir de la désincarcération par simple élargissement du trou de trocard ou d'une laparotomie avec parfois résection digestive en cas de troubles ischémiques [1].

CONCLUSION

Les complications de la ceolio-chirurgie sont causées dans la plupart des cas par les trocards. Parmi ces complications, les hernies digestives à travers le trajet du trocard sont les plus rares, diagnostiquées généralement dans les premiers jours post-opératoires devant des signes cliniques et radiologiques d'occlusion mécanique. La tomomodensitométrie permet d'objectiver l'anse incarcérée au niveau de l'un des orifices des trocards.

Références

1. H. Marret, F. Pierre, C. Chapron, F. Perrotin, G. Body, J. Lansac. Complications de la coelioscopie causés par les trocards. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1997 ; 26: 405.
2. Querleu D, Chevallier I, Chapron C, Bruhat MA. Complications of gynaecological laparoscopic surgery. A french multicentre collaborative study. Gynaecol Endosc 1993; 2 :3-6.
3. Kadar N, Reich H, Liu C et al. Incisional hernias after major laparoscopic gynecologic procedures. Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 1493-5
4. Boike G, Miller C, Spirtos N et al. Incisional bowel herniations afteroperative laparoscopy : a series of nineteen cases and review of the literature. Am J Obstet Gynecol 1995; 172 :1726-33.